

SEPA-Lastschrift-Mandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger Creditor	
VEREIN DER FREUNDE DER DE LA TOUR SCHULEN  HAUSHAMERSTRASSE 9 8054 SEIERSBERG-PIRKA	Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname) * Creditor's name Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
	Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers * Creditor identifier: AT98ZZZ00000062677

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname) * Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
IBAN*:	BIC**:
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company): Raiffeisenbank Graz-Straßgang eGen (mbH)  Kärntner Straße 550	
Zahlungsart * Type of payment: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off payment	

Kundenwunsch Customer's Request
<input type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation
Ich ermächtige / Wir ermächtigen , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
By signing this mandate form, you authorise to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

\* Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked \*.

\*\* Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC can be omitted.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Location, Date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) Kontoinhaber / Zeichnungsberechtigte(r)  
Signature(s) of account holder(s) / authorized signature